

.....
Imię i nazwisko osoby składającej wniosek

.....
Miejscowość i data

.....
Imię i nazwisko małżonka osoby składającej wniosek

.....
Dokładny adres zamieszkania

.....
Telefon kontaktowy

**Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie
w Wolsztynie
Zespół ds. Pieczy Zastępczej
ul. Marcinkowskiego 6
64-200 Wolsztyn**

**WNIOSEK
KANDYDATA/ÓW DO PEŁNIENIA FUNKCJI RODZINY ZASTĘPCZEJ**

Proszę o wszczęcie wobec mnie/nas procedury kwalifikowania do pełnienia funkcji rodziny zastępczej dziecka zgodnie z zasadami wynikającymi z przepisów ustawy z dnia 09 czerwca 2011 roku o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej.

Uzasadnienie wniosku:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
podpis osoby składającej wniosek

Klauzula informacyjna dla klientów PCPR

Treść klauzuli

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, iż:

1. administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wolsztynie, ul. Marcinkowskiego 6, 64-200 Wolsztyn,
2. kontakt z Inspektorem Ochrony Danych – Marcin Kosicki iod@presstu.pl,
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji ustawowych zadań urzędu - na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. a i c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz na podstawie Art. 9 ust.1 lit. g ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. Ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (Dz. U. z 2018 r., poz. 995 z późn. zm.), Ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2018 r., poz. 1508 z późn. zm.), Ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz. U. z 2018 r., poz. 998 z późn. zm.), Ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2017 r., poz. 2077 z późn. zm.), Ustawy z dnia 21 listopada 2008 r. o pracownikach samorządowych (Dz. U. z 2018 r., poz. 1260 z późn. zm.), Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2018 r., poz. 511 z późn. zm.),
4. odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa,
5. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą w czasie określonym przepisami prawa, zgodnie z instrukcją kancelaryjną,
6. posiada Pani/Pan prawo żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie,
7. ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego,
8. podanie danych osobowych w zakresie wymaganym ustawodawstwem (Ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (Dz. U. z 2018 r., poz. 995 z późn. zm), Ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2018 r., poz. 1508 z późn. zm.), Ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz. U. z 2018 r., poz. 998 z późn. zm.), Ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2017 r., poz.2077 z późn. zm.), Ustawy z dnia 21 listopada 2008 r. o pracownikach samorządowych (Dz. U. z 2018,poz. 1260 z późn. zm.), Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2018 r., poz. 511 z późn. zm.) jest obligatoryjne, w pozostałych przypadkach dobrowolne.

.....
data/ podpis

.....
Imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie

.....
miejscowość i data

.....
miejsce zamieszkania

OŚWIADCZENIE KANDYDATA DO PEŁNIENIA FUNKCJI RODZINY ZASTĘPCZEJ

W związku z ubieganiem się przeze mnie o pełnienie funkcji rodziny zastępczej oraz przystąpieniem do procedury kwalifikowania kandydatów, wyrażam zgodę na:

- wystąpienie przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wolsztynie z zapytaniem o moją niekaralność do Krajowego Rejestru Karnego prowadzonego przez Ministerstwo Sprawiedliwości,
- wystąpienie przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wolsztynie do właściwego ze względu na miejsce zamieszkania Ośrodka Pomocy Społecznej o wydanie opinii na temat mojej kandydatury na rodzinę zastępczą,
- przeprowadzenie w miejscu zamieszkania wywiadu sprawdzającego m.in. warunki bytowe, mieszkaniowe, majątkowe, rodzinne i predyspozycje do bycia rodziną zastępczą,
- udział w badaniach pedagogiczno – psychologicznych niezbędnych do wydania zaświadczenia o kwalifikacji na rodzinę zastępczą.

.....
podpis osoby składającej oświadczenie

.....
Imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie

.....
Miejscowość i data

.....
miejsce zamieszkania

OŚWIADCZENIE

Świadoma/y odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego „kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”

oświadczam, że:

Załącznik nr 4 do Procedury Kwalifikowania

- w stosunku do mnie nigdy nie było i aktualnie nie toczy się postępowanie sądowe w celu ograniczenia lub pozbawienia władzy rodzicielskiej,
- nigdy nie byłem pozbawiona/y władzy rodzicielskiej,
- władza rodzicielska nigdy nie była mi ograniczona ani zawieszona.

.....
podpis osoby składającej oświadczenie

oświadczam, że:

Załącznik nr 5 do Procedury Kwalifikowania

- wypełniam obowiązek alimentacyjny, który został na mnie nałożony na podstawie tytułu wykonawczego pochodzącego lub zatwierdzonego przez sąd,
- nie został na mnie nałożony obowiązek alimentacyjny na podstawie tytułu wykonawczego pochodzącego lub zatwierdzonego przez sąd*

*niepotrzebne skreślić

.....
podpis osoby składającej oświadczenie

oświadczam, że:

Załącznik nr 6 do Procedury Kwalifikowania

posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.

.....
podpis osoby składającej oświadczenie

oświadczam, że:

Załącznik nr 7 do Procedury Kwalifikowania

nie byłam/em skazana/y prawomocnym wyrokiem za umyślne przestępstwo.

.....
podpis osoby składającej oświadczenie

oświadczam, że:

Załącznik nr 8 do Procedury Kwalifikowania

w przeszłości nie byłam/em leczona/y odwykowo i/lub nie zostałam/em zobowiązana/y do podjęcia takiego leczenia na podstawie orzeczenia sądu.

.....
podpis osoby składającej oświadczenie